

第239回日本泌尿器科学会東海地方会

(2008年3月9日(日), 於 中外東京海上ビルディング)

馬蹄腎に合併した腎細胞癌の1例：早川将平, 宮川真三郎, 桜井孝彦, 浅野晴好 (愛知済生会) 50歳, 男性. 肉眼的血尿を主訴に近医受診. エコーにて左腎腫瘍を指摘され当科へ紹介. 腹部CTにて馬蹄腎に合併した左腎腫瘍と診断. 術前に腎血管造影, 腹部3D-CTにて左2本, 右1本の大動脈から分岐する腎動脈と総腸骨動脈から分岐する峡部を栄養とする動脈を確認. 2007年12月18日馬蹄腎峡部離断術および左腎摘出術を施行. 手術は経腹膜的に後腹膜腔に達し, まず腎門部を処理し, 続いて腎峡部を露出させ, 峡部の色調の変化を観察し, 超音波メスで切断し左半腎を摘出. 峡部の断端はマットレス縫合により止血し手術を終了. 術中の出血量は365 mlであった. 腫瘍は66×45×68 mm. 病理組織所見は腎細胞癌の clear cell type, G2>G1でpT1b, N0, M0でstage 1と診断. 現在は外来通院中である.

人工透析導入時発見された馬蹄腎に合併した腎細胞癌の1例：服部慎一, 高木公曉, 宇野雅博, 根笹信一, 米田尚生, 藤本佳則 (大垣市民) 68歳, 男性. 数十年前より腎不全として近医でフォローされていたが閉院となるため当院腎内科紹介. Cre 8.35 mg/dl と高値であり人工透析導入予定されたが, 腹部超音波検査で左腎下極に約3 cm大の腫瘍を認め当科紹介. CT, MRIなどで精査し馬蹄腎に合併した左腎腫瘍と診断. 他に転移はなく臨床病期はcT1aN0M0. 馬蹄腎であるため3D-CTで血管分布を確認し左腎動静脈は1本ずつ, 峡部には大動脈より血管が流入していた. 経腹的に峡部を離断し左腎摘除術を施行. 病理はpT1a, INFa, v(-), 淡明細胞癌で一部乳頭状腎細胞癌の初期病変を含んでいた. 馬蹄腎には染色体異常など指摘されるが今回の症例では46, XYと正常だった. 術後4カ月経過し再発なく週3回維持透析中である.

Mucinous tubular cell carcinoma of the kidney の1例：加藤学, 曾我倫久人, 舩井 寛, 西川晃平, 長谷川嘉弘, 山田泰司, 木瀬英明, 有馬公伸, 杉村芳樹 (三重大) 33歳, 男性. 腹部エコー検査にて左腎に3 cm大の腫瘍性病変を認め当科受診. CT・MRIによる精査の結果, 腎細胞癌 cT1aN0M0 と診断し, 2007年12月11日ミニマム創内視鏡下腎摘出術が施行された. 病理結果は mucinous tubular and spindle cell carcinoma pT1apNXM0 であった. Mucinous tubular cell carcinoma は新しい腎癌病理学的分類の1つであり, 世界的に報告が少ないため, 若干の文献的考察を加えて報告する.

腎集合管癌 (Bellini 管癌) の2例：吉田将士, 今井 伸, 米田達明, 工藤真茂 (聖隷浜松) 症例1は70歳, 男性. 検診エコーにて2 cm大の右腎腫瘍指摘され, 当科受診. 画像上転移なく, 右腎摘出術にて集合管癌と診断. 術後10カ月経過も転移認めず, 生存中である. 症例2は52歳, 男性. 検診エコーにて4 cm大の左腎腫瘍指摘され, 当科受診. 画像上傍大動脈リンパ節腫脹も認められ, 左腎摘出術, 傍大動脈リンパ節郭清術施行し, 集合管癌, 傍大動脈リンパ節転移と診断. 放射線療法と化学療法 (GC療法) 施行し, 術後5カ月経過も転移認めず, 生存中である.

十二指腸浸潤を来した右腎細胞癌の1例：柏木佑太, 小松智徳, 後藤百万 (名古屋大) 48歳, 男性. 9年前の検診にて右腎腫瘍指摘されたが放置. 2007年9月の検診にて再度指摘され, 右腎細胞癌, 十二指腸浸潤の診断で当院紹介受診となった. 受診時, 黒色便と貧血認め緊急入院. 翌朝大量吐血し出血性ショックとなり, 緊急に右腎摘除術・脾頭十二指腸切除術・上行結腸部分切除術施行. 病理結果は clear cell carcinoma, grade 3, INFβ, v(+), pT4 (duodenum), pN0 であった. 術後経過は良好で, 現在 INFα 自己注射中である. T4 腎癌は予後不良であるが, 腎摘除術, 浸潤臓器合併切除術により長期生存例も認められる. 特に浸潤臓器が腹壁以外の場合有意に成績が良いことが報告されている. 本症例では出血性ショックを来したため, 緊急での手術が必要となったが, 今後分子標的薬の登場により T4 症例など advanced 腎癌に対する治療戦略が変わっていくことが予想される.

両側腎被膜下血腫にて発症した ANCA 関連血管炎の1例：酒井正

路, 細井郁芳, 岡本典子, 青田泰博 (名古屋医療セ), 八尾村多可朗 (同腎臓内科) 71歳, 女性. 食欲不振, 倦怠感にて近医受診. 抗生剤治療受けるも軽快せずまたCTにて両側腎出血を認めたため救急搬送され入院となる. 強度の貧血が認められたため輸血を施行. 入院4日目に肺に斑状陰影認め呼吸状態が悪くなり輸血施行にもかかわらず貧血も悪化し肺出血と診断. 全身性疾患 (肺腎症候群) も鑑別に入れたところ ANCA 高値を認め ANCA 関連血管炎による腎被膜下血腫, 肺出血の可能性が高かった. 組織による検証は全身状態が悪くできなかったものの, ANCA 関連血管炎の可能性が非常に強いと判断ステロイドパルス療法を施行し肺出血, 腎被膜下血腫共に軽快. パルス療法後, 内服ステロイドを漸減し現在ステロイド 10 mg/日内服にて外来通院中である.

腎動脈瘤に対して自家腎移植を施行した2例：鈴木晶貴, 藤田高史, 石田昇平, 下地健雄, 木村 亨, 加藤真史, 辻 克和, 絹川常郎 (社保中京) 症例1, 40歳, 男性. 肉眼的血尿を主訴に来院. CT, DSAにて直径16 mmと10 mmの不完全石灰化を伴う多発する右腎動脈瘤および腎結石 (15×10 mm) を認めた. 結石を含めた治療の希望強く, 分枝を伴う動脈瘤に対するIVRの適応がないため開腹腎摘・体外腎血管再建術・自家移植術を施行. 症例2, 63歳, 女性. 左腰背部痛を主訴に来院. CT, DSAにて直径32 mmの左腎動脈瘤を認めた. 径の大きさがIVRの適応でないため鏡視下腎摘 (HALS)・体外腎血管再建術・自家移植術施行. 術後それぞれ18, 8カ月経過しているが腎機能は良好で合併症も認めていない. IVRが適応とならない腎動脈瘤に対して, 体外腎血管再建術・自家移植術は積極的に考慮されるべきである.

急激な増大を認め治療に難渋した, 酸性尿酸アンモニウム結石の1例：清家健作, 山本直樹, 前田真一 (トヨタ記念) 32歳, 女性. 2006年10月右腰背部痛を主訴に当院を受診. KUB, CTにて右下部尿管結石と両側腎結石を認めた. 左腎結石は30 mm大でありESWLを施行した. この後, 徐々に排石を認め, 結石分析にて酸性尿酸アンモニウム結石と診断した. 3カ月後左腎結石の破砕片の下部尿管へのかん頓と, 両側腎結石の急激な増大を認め, 右尿管結石のかん頓もきたした. 両側尿管ステント留置術後, 両側尿管結石に対しTUL. 右腎結石に対しESWL, 左腎結石に対しPNLを施行しほぼすべての結石が摘出可能であった. 結石の原因として高尿酸血症を認めたため, 十分な食事指導を行い高尿酸血症のコントロールを得た. 治療後, 両側腎に少量の残石は認めるものの増大なく経過観察中である.

診断に難渋した膀胱浸潤虫垂癌の1例：成島雅博, 高木康治, 下地敏雄 (名鉄), 飛梅 基, 中村小源太 (愛知医大) 60歳, 女性. 1994年尿管結石症, 1995年子宮筋腫・卵巣嚢腫 (dermoid cyst) で単純子宮全摘出術・両側付属器摘出術の既往. 主訴: 排尿痛, 肉眼的血尿. 2007年7月12日CTで小骨盤内右に4.5×3.5 cmの石灰化を伴う腫瘍陰影を認めた. 膀胱鏡検査では後三角部右にBorr 3型で中心陥凹部に粘液を伴う腫瘍を認め, 8月29日TUR-Bt施行. 病理はTCC G2>G3 pT1b. 注腸造影異常なく, CEA 19.8. 再度10月1日陥凹部のTUR-Btと, 腫瘍辺縁部と膀胱無作為の生検施行, 腫瘍陥凹部から腺癌, 生検部はすべて陰性の結果. 同時に2007年8月29日病理も炎症性肉芽腫に訂正診断の報告. 虫垂癌の膀胱浸潤を疑い10月19日開腹. 術中同診断確認, 回盲部切除術・膀胱部分切除術施行. 病理は粘液囊胞腺癌, pPM(-), pDM(-), pSI (bladder), ly(-), v(-), INFβ, int, n(-), stage 2.

浸潤性膀胱癌との鑑別に苦慮した2例：大菅昭秀, 金井 茂 (土岐市立総合), 武田宗万, 浅井健太郎, 中野洋二郎 (公立陶生), 高羽秀典 (高羽クリニック) 31歳および45歳, 男性. 主訴は無症候性血尿. 膀胱鏡所見は後三角部, 頸部に非乳頭状の浸潤性膀胱癌を疑う所見であった. 経尿道的膀胱腫瘍切除術施行. 肉眼的に浸潤性腫瘍と思われる, 筋層までのサンプリング採取を行った. 病理所見では大腸腺癌のadenocarcinoma 疑いであり, 大腸からの浸潤, 転移などが疑われた. CT, MRI像では浸潤はなく, colon fiber にても異常所見はな

かった。再検にて Brunn's nest 過形成を伴った cystitis を示し上皮には goblet cell も目立つ過形成があり腸上皮化生を伴った増殖性膀胱炎と診断された。肉眼的に浸潤性膀胱癌、病理学的に腸上皮化生が広範に出現した場合、病変部が粘膜下層に浸潤しているように見え腺癌の浸潤と誤る恐れがあり、十分な検討が必要である。

膀胱癌肉腫の2例：岩本陽一，大西毅尚，保科 彰（山田赤十字），矢花 正（同病理） 症例1：65歳，男性。肉眼的血尿にて受診。膀胱鏡にて右尿管口背側に直径約2cmの球形状腫瘍および、その周囲に小乳頭状腫瘍を認めた。膀胱腫瘍 T1N0M0 の診断にて組織検査を兼ね TUR-Bt を施行。病理学的検査にて球形状腫瘍は腺癌と spindle cell かなる癌肉腫で、小乳頭状腫瘍は移行上皮癌との診断。pT1 であったが、追加治療として膀胱全摘術および回腸導管造設術を施行した。病理組織にて膀胱に残存癌組織は認められなかった。術後4ヵ月時点で再発は認められていない。症例2：77歳，男性。左尿管癌術後経過観察中、右尿管口背側に直径約1cmの球形状腫瘍認めた。膀胱腫瘍と診断し TUR-Bt 施行。病理学的に球形状腫瘍は移行上皮癌と多辺形非上皮性細胞かなる癌肉腫と診断。pT1 との結果も踏まえ、経過観察を強く希望された。術後2ヵ月時点で再発を認めていない。

頸部リンパ節転移をきたした表在性膀胱癌の1例：竹中政史，早川邦弘，伊藤政浩，加藤康人，飴本之介，有馬 聡，佐々木ひと美，丸山高広，山下 守，白木良一，星長清隆（藤田保衛大） 70歳，男性。尿細胞診 class 3 で当院紹介受診。膀胱生検で TCC，G2=G3，CIS。BCG 膀胱にて経過観察中頸部リンパ節腫大を認め、TCC の転移であった。M-VAC 3 クール施行しリンパ節転移は消失。1年を経過した現在再発を認めない。

治療に苦慮した放射線性膀胱炎の1例：守屋嘉恵，上平 修，荻倉祥一，木村恭祐，深津顕俊，吉川羊子，松浦 治（小牧市民） 79歳，男性。2002年7月前立腺癌にて前立腺全摘除術施行。被膜外浸潤陽性のため、術後、前立腺床に計60Gyの放射線照射を行った。その後再発認めず。2007年6月放射線性膀胱炎による膀胱タンポナーデにて経尿道的止血術を繰り返したが、効果なく、出血、タンポナーデを繰り返した。ノルアドレナリン入り生食およびミョウバン水持続膀胱灌流、経皮的膀胱動脈塞栓術を施行したが、出血のコントロールがつかず、膀胱全摘、両側尿管皮膚瘻造設術を行った。

前立腺導管癌の1例：坂田幹樹，永野哲郎，石川清仁，星長清隆（藤田保衛大） 71歳，男性。高PSA血症（6.6ng/ml）にて来院。前立腺針生検施行するも良性腺腫と診断。針生検後、内服加療中であったが排尿状態悪化し、尿閉となったため TUR-P 施行した（切除腺量19g）。術中、前立腺部尿道に乳頭状腫瘍認め、病理組織学的に前立腺導管癌と診断された。Gleason score 4+4=8 で悪性度は高く、PSA 染色陽性、PSMA 染色でも陽性であった。術後の画像所見では転移を疑う所見は認められず。診断後ホルモン療法内服開始。内服薬にて薬剤性肝障害併発し、リユープリン注追加、内服薬休止し、肝機能改善。現在腎機能改善、PSA も0.03ng/ml と正常値を示している。

骨盤内孤立性線維性腫瘍の1例：濱川 隆，遠藤純史，伊藤尊一郎，津ヶ谷正行（豊川市民） 68歳，男性。近医にて前立腺肥大症として治療されていたが、頻回の尿閉にて2007年10月当科紹介受診。直腸診上は超鶯卵大，弾性硬，MRI で約9cm大の前立腺腫瘍を認めた。精査のため、経会陰的前立腺生検を施行した。病理組織診は孤立性線維性腫瘍であった。悪性の可能性があるため、自己血を用意した上で、2008年1月30日恥骨後式順行性前立腺全摘術を施行した。摘出標本は表面平滑で大きさは手拳大，周囲への浸潤は認めなかった。腫瘍とは別に、頭側へ圧排された正常前立腺が存在していた。病理所見は膠原線維，線維芽細胞様細胞の不規則な増生を認め、一部は軽度細胞異型を示していた。CD34，vimentin 免疫染色が陽性であった。以上より病理診断は、悪性の可能性を伴う孤立性線維性腫瘍であった。孤立性線維性腫瘍は悪性の報告もあり、今後の慎重な経過観察が必要である。

尿閉をきたした尿道内異物の1例：藤井泰善，神谷浩行，彦坂敦也，岩瀬 豊（豊田厚生） 59歳，男性。主訴は尿閉。現病歴は、自慰行為目的に尿道内、膀胱内へ釣具用のシリコンチューブを挿入。出し入れしているうちに抜去困難となり当院救急外来を受診。初診時現

症で外尿道口からシリコンチューブが露出。陰茎腹側の腫脹あり。骨盤部 CT 検査で緊満した膀胱内に血腫を認め、膀胱瘻造設。MRI 検査にて尿道海綿体に蛇行する線状構造を認め、尿道海綿体の断裂が疑われるも逆行性尿道造影にて造影剤の漏出なく明らかな海綿体の損傷はなし。観血的尿道異物除去を施行。陰茎包皮を環状切開し、尿道海綿体および尿道粘膜を縦切開し血腫とチューブを除去。尿道カテーテル挿入し、尿道海綿体，尿道粘膜，皮下および包皮を縫合し手術終了。術後7日目に尿道カテーテル抜去。8日目，膀胱瘻カテーテル抜去。術後9日目，尿流量測定にて排尿困難なく退院。

性腺外胚細胞腫瘍の1例：小嶋一平，荒木英盛，黒田和男，田中篤史，長井辰哉（豊橋市民） 35歳，男性。2004年2月より、近医にて腹痛，後腹膜膿瘍の診断にて保存的に加療されていた。2005年5月CT上mass縮小したが2006年5月に再度腹痛を認め、外科紹介受診した。腹部CT上傍大動脈リンパ節の腫脹を認め、血液内科受診したところ、悪性リンパ腫の疑いあり、同年7月に開腹生検施行した。病理所見にて germinoma，後腹膜原発胚細胞腫瘍（十二指腸背側に最大径8cm，stage 2 相当）と診断され泌尿器科紹介となった。2006年8月よりBEP療法3クール施行し、11月にRPLND施行したが病理にて一部残存腫瘍を認め、後腹膜に放射線療法施行した。術後経過観察中、2007年4月睪頭部背側にリンパ節転移を認め、VIP療法開始した。2クール追加したところで画像上腫瘍は消失し、3クール施行。術後6ヵ月再発なく経過観察中である。

精巣血管腫の1例：日比野充伸，坂倉 毅（愛北） 16歳，男性。既往歴はアトピー性皮膚炎がある。2年ほど前より、左陰囊内容の違和感あったが放置。軽い痛みを伴うようになったため近医受診。エコー検査で精巣腫瘍を疑われ、当院紹介初診。精巣腫瘍マーカー検査は、LDH が246U/l と軽度上昇していたが、AFP およびhCGβ はいずれも正常範囲内であった。エコー上、腫瘍は低エコーで血流を豊富に認め、悪性腫瘍を否定できないことから、2008年1月21日左高位精巣摘除術を施行した。Grade 1 の精索静脈瘤を合併していた。摘出重量は46グラム、病理組織学的診断は毛細血管性血管腫であった。腫瘍断面は、紅色均一で、出血巣はなく、やや硬い径1cmの充実性腫瘍であった。精巣血管腫は、文献上報告が少なく、稀な腫瘍であった。

精巣中皮腫の1例：中根明宏，永田大介，河合憲康，安藤 裕（名古屋市立東），丸山哲史（名古屋市立守山） 69歳，男性。2007年11月、右陰囊部の無痛性腫大を認め近医受診。陰囊エコーにて精巣腫瘍を疑い当科紹介初診。LDH，AFP，HCG-β は正常値であったが、CT，MRI にて造影効果のある精巣鞘膜に包まれた囊胞性病変を認め、悪性も否定出来ないと判断、右高位精巣摘除術施行。摘出病変は精巣鞘膜内に黄色透明で細胞診陰性の内容液と精巣鞘膜から発生する腫瘍を認めた。病理学的所見は管腔内の粘液がアルシアンブルーで青染し、カルレチニン染色陽性の核分裂像は少ない spindle cell を認め、良性中皮腫と診断。精巣の中皮腫は比較的稀であり、海外で100例未満、本邦で23例の報告がある。再発、転移には有効な治療が確立されていない疾患で、良性でも転移した報告があり、長期的な経過観察が必要である。

Klinefelter 症候群に合併した類上皮腫の1例：永井真吾，菅原崇，藤広 茂（岐阜赤十字） 43歳，男性。無精子症にて他院受診し、染色体検査にて47XXYでありKlinefelter 症候群と診断された。同時に右精巣の腫大も指摘され当科紹介受診。右精巣は5cm大，弾性硬で表面平滑，可動性良好で圧痛は認めなかった。血液検査ではLH 9.51mIU/ml，FSH 42.97mIU/ml，テストステロン 0.39ng/ml と Klinefelter 症候群に合致した所見を認めたが、腫瘍マーカーの上昇は認めなかった。MRI では右精巣にT1で低信号，T2で高信号な腫瘤を認め、T1，T2ともに3mm程度の低信号な被膜を認めた。悪性の疑いが否定できなかったため、高位精巣摘除術を施行。病理組織診断は類上皮腫であった。Klinefelter 症候群に合併した類上皮腫は稀であり、本症例を含めてこれまで8例の報告がある。

出生前に発生していた両側精巣捻転症の1例：神沢英幸，内木拓，加藤利基，秋田英俊，岡村武彦（安城更生） 日齢10日，男児。出生前より胎児超音波検査にて両側陰囊腫瘍を認め、生下時に両側陰囊腫大を指摘されたが診断つかず。生後10日に当院受診。両側陰囊は黒色調で陰囊内容は弾性硬であった。陰囊疼痛を訴える所見を認めな

かった。ドブラーエコーでは精巣はモザイク状、両側精巣・精巣上体の腫大を認めたが、同部に血流を認めず、両側精巣捻転症が疑われた。試験開放したところ両側精巣ともに黒色を呈し、右は180度内旋、左は360度内旋している精巣鞘膜外捻転であった。捻転解除30分後も色調回復認めなかったため、両側精巣摘除した。病理組織像では実質内に高度の出血認め、精細管はほぼすべてが壊死に陥っており、精巣上体も完全に壊死していた。本症例は本邦4例目の新生児両側精巣捻転症と考えられる。

小児尖圭コンジローマの1例：甲斐文丈，海野智之（富士宮市立）、野畑俊介（聖隷予防検診セ）、大園誠一郎（浜松医大） 4歳，男児。主訴：亀頭部腫瘍。2007年2月，近医にて包皮処置を施行。同9月，母が亀頭部腫瘍に気づき近医再診。液体窒素による凍結療法を施行するも1カ月後に再発したため当科紹介受診。同12月，コンジローマ焼灼術施行。病理診断：Condyloma acuminatum，患部ぬぐい液中HPV-DNA（+）であった。術後3カ月経過，再発を認めず。

慢性骨髄性白血病の発見契機となった持続勃起症の1例：岩月正一郎，梅本幸裕，柴田泰宏，井村 誠，成山泰道，水野健太郎，小島祥敬，安井孝周，佐々木昌一，林 祐太郎，郡 健二郎（名古屋大）32歳，男性。既往・家族歴に特記事項なし。有痛性勃起を自覚後36時間目に当科紹介受診。カラードップラーにて，陰茎海綿体血流信号の減弱を認め，low flow type の持続勃起症が疑われた。末梢白血球数が39万/ μ l で，白血病を原因とした持続勃起症と考え緊急入院とした。陰茎海綿体の血液ガス分析のため22G針にて穿刺するも，血液の吸引不能であった。3D-CTにて明らかな血管系の異常なく，ガドリニウム造影MRIでは陰茎海綿体の造影効果の不良を認めた。全身麻酔下の尿道—陰茎海綿体吻合術により持続勃起の消退を得た。術後，慢性骨髄性白血病と確定診断，メシル酸イマチニブ内服開始。術後，勃起期の回復は見られていない。

進行性腎癌に対しジェムシタピン・カペシタピン療法を施行し効果を認めた1例：山田泰司，加藤 学，舩井 寛，西川晃平，長谷川嘉弘，曾我倫久人，木瀬英明，有馬公伸，杉村芳樹（三重大）66歳，男性。2005年1月右腎癌に対して根治的腎摘術施行，pT3bpN0M1 淡明細胞癌であった。術後より肺転移癌に対してIFN- α やIL-2などの免疫療法やラジオ波焼灼術を施行したがいずれもPDであったため，2007年7月よりジェムシタピン・カペシタピンを用いた化学療法を施行した。副作用はgrade 2の好中球減少と血小板減少を認めたのみで，QOLは十分に保たれていた。8コース終了後のRECISTによる効果判定では51%の縮小率を認めPRであった。2008年2月現在，増大傾向なく治療継続中である。元来，腎癌に対して化学療法は無効と考えられたが，本治療によって患者のQOLが保たれ，一定の効果が期待できると考えられた。

HIV陽性患者における両側尿管結石嵌頓による急性腎不全の1例：守山洋司，菊地美奈，土屋朋大，三輪好生，南 舘 謙，安田満，横井繁明，伊藤慎一，仲野正博，江原英俊，出口 隆（岐阜大）50歳代，男性。2008年1月中旬に右側腹部痛を自覚。翌日当院救急外来受診し，両側水腎症・クレアチニン上昇を指摘され当科紹介。HIV感染症にて2007年4月より抗HIV薬（アタザナビル・リトナビル・ラミブジン）を内服中。初診時の血清クレアチニン値は3.09mg/dlであり，KUB・CTで閉塞の原因となる石灰化陰影を認めなかった。尿管閉塞解除・原因検索のためRPを施行した。右尿管口に3mm大の黄色の結石を認め鉗子で直接摘除。左下部尿管に陰影欠損を認め，尿管ステントを留置した。結石はKUB・CTでも描出されないradiolucent stoneで，結石分析結果はアタザナビル結晶100%であっ

た。2期的にTULを施行し現在stone freeである。

腔内異物が原因と考えられた巨大膀胱腔結石の1例：全並賢二，原浩司，勝田麗美，飛梅 基，成瀬克也，中村小源太，青木重之，瀧知弘，山田芳彰，本多靖明（愛知医大）22歳，女性。水様性帯下，失禁，頻尿にて婦人科受診。DIP，MRIにて左水腎症と骨盤内の巨大な石灰化所見を認め当科紹介受診。膀胱鏡にて膀胱内腔のほとんどを占める結石を認め，腔鏡でも可動性のない結石を認めた。CT・MRIにて膀胱腔瘻を介して膀胱結石と腔結石が連続する所見を認め，インジゴカルミン静注にて腔からの漏出を確認した。以上の検査より膀胱腔結石と診断し，2007年11月13日に高位切開にて膀胱腔結石摘除術を施行した。結石は180gで強い悪臭を認め，内部からスプレーキャップ様の異物を認めた。結石成分はMAPであった。1期的に膀胱腔瘻の閉鎖は行わず，術後は腔から全失禁となった。今後は膀胱腔瘻の感染と炎症が治まるのを待って，膀胱腔瘻閉鎖術を検討中である。

膀胱壁内の多房性嚢胞状腫瘍として発見された尿管管嚢胞の1例：黒川寛史，橋本良博，新美和寛，早瀬麻沙，小林隆宏，岡田真介，岡田淳志，窪田泰江，伊藤恭典，戸澤啓一，林 祐太郎，郡 健二郎（名古屋大）57歳，男性。頻尿と尿混濁を主訴に前医受診。抗生剤投与後も3カ月間膿尿と症状が反復。尿培養，尿結核菌，尿細胞診いずれも陰性。超音波検査にて膀胱に嚢胞状腫瘍あり当院受診。CT，MRIにて膀胱前壁全層にわたる多房性嚢胞状腫瘍あり，膀胱鏡にて膀胱前壁に表面平滑な粘膜隆起が多数あり生検を施行。悪性所見はないも診断確定に至らず，膀胱部分切除術施行。病理組織学的に膀胱筋層を中心とした多発嚢胞性病変と周囲にリンパ濾胞を伴う高度リンパ球浸潤を認めた。嚢胞上皮成分は多系統にわたり，免疫染色と透過型電子顕微鏡にて移行上皮様・円柱上皮様・腺上皮様の3種の上皮が混在していることを確認。膀胱壁内発生の尿管管嚢胞と診断した。

経直腸エコー下経会陰穿刺法が有用であった膜様部尿道断裂の1例：舟橋康人，吉野 能，柏木佑太，奥村敬子，水野秀紀，佐々直人，小松智徳，山本徳則，服部良平，後藤百万（名古屋大）51歳，男性。会陰部を騎上型に打撲し尿閉になったため前医を受診。精査にて球部から膜様部尿道の完全断裂と診断された。前医にて2度，経尿道的尿道形成術を試みられるも成功せず当院へ紹介。経直腸エコー下経会陰穿刺法を併用し経尿道的尿道形成術を施行。まず気泡化したゼリーを外尿道口より注入しエコー下に尿道を確認しながら小線源治療用穿刺針を会陰より尿道に穿刺した。断裂部を前立腺尖部まで穿刺針をすすめ，ガイドワイヤーを膀胱まで留置。内視鏡を外尿道口より挿入し，ガイドワイヤーに沿って切開し後部尿道へ到達し，尿道を形成しえた。本手技は従来法での尿道形成術が困難な症例に対する選択肢の1つになると思われた。

若年性巨大前立腺肥大症を合併した von Recklinghausen 病の1例：加藤康人，早川邦弘，伊藤正浩，竹中政史，鈴木剛之介，有馬聡，丸山高広，佐々木ひと美，日下 守，白木良一，星長清隆（藤田保衛大）47歳，男性。幼少時より全身に多発神経線維腫あり von Recklinghausen 病と診断されている。尿閉にて当院受診，前立腺容量は180gであり恥骨後式被膜下前立腺腺腫摘除術を施行した。術後病理は神経線維腫を含まない前立腺肥大症であり，免疫染色を行った結果アンドロゲン受容体が強陽性で，エストロゲン受容体，プロゲステロン受容体は弱陽性であった。von Recklinghausen 病は原因遺伝子であるNF1遺伝子の欠損程度によりホルモン受容体が増加すると考えられており，これが前立腺肥大を引き起こしたものと推測された。